

بررسی تاثیر گروه درمانی بر سلامت روان مادران مبتلا به تالاسمی

ندا پروین*؛ اعظم علوی**؛ عصمت علیدوست***؛ نسرين فروزنده؛ دکتر شهریار حسین زاده؛ دکتر امیر فرهاد کامخواه***؛ فرانک صفدری*؛ تهمینه صالحیان**؛ دکتر محمود اخلاقی***، حسینعلی مهرعلیان؛ جعفر مقدسی*
*کارشناس ارشد پرستاری- مرکز تحقیقات گیاهان دارویی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، **مربی گروه پرستاری- دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد،
***کارشناس پرستاری- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ***مربی گروه پرستاری- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، †دستیار گروه اطفال- دانشگاه علوم پزشکی تهران، ††استادیار گروه پاتولوژی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، •کارشناس ارشد گروه مامایی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ••مربی گروه مامایی-
دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، •••استادیار گروه بیهوشی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۱۶/۹/۲۲ تاریخ تایید: ۱۷/۴/۵

چکیده:

زمینه و هدف: تالاسمی شایع ترین کم خونی مزمن ارثی در انسان است. این اختلال تأثیرات نامطلوبی بر سلامت روان اعضای خانواده بویژه مادران بر جای می گذارد. با توجه به کم عارضه و به صرفه بودن روان درمانی گروهی پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر گروه درمانی بر سلامت روان مادران مبتلایان تالاسمیک مراجعه کننده به بخش های تالاسمی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۶۰ مادر بیماران تالاسمیک مراجعه کننده به بیمارستان هاجر^(س) شهرکرد و سیدالشهدا^(ع) فارسان، دو پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ۲۸) و دموگرافیک را ابتدا و انتهای مطالعه تکمیل نمودند و افراد دارای نمرات بالاتر از ۲۳ در پرسشنامه (GHQ۲۸) به شکل تصادفی در دو گروه شاهد و مورد قرار گرفتند. برای اعضای گروه مورد ۸ جلسه گروه درمانی به شکل هفتگی انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با کمک نرم افزار SPSS و آزمون های آماری ANOVA، پیرسون، t مستقل و t زوجی انجام شد.

یافته ها: بین دو گروه قبل از مداخله اختلاف معنی داری در متغیرهای دموگرافیک و نمره سلامت روان در همه ابعاد وجود نداشت. ($P>0/05$) پس از مداخله در تمام ابعاد سلامت روان بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد. ($P<0/05$). بعلاوه نتایج نشان داد که بین متغیرهای دموگرافیک و سلامت روان ارتباطی وجود ندارد.

نتیجه گیری: این پژوهش نشان داد که درمانهای روانشناختی و به ویژه گروه درمانی می تواند در بهبود و ارتقاء ابعاد مختلف سلامت روان بیماران مزمن از جمله تالاسمی موثر باشد.

واژه های کلیدی: تالاسمی، سلامت روان، گروه درمانی.

مقدمه:

مورد جدید به بیماران اضافه می شود (۱).
بیماری تالاسمی، مانند سایر بیماری های مزمن با مشکلات عدیده ای همراه است ارثی بودن بیماری، ظهور آن در سالهای اول زندگی، احتمال بروز ناهنجاری های فیزیکی و نیاز مداوم به تزریق خون و دسفرال تأثیرات مهمی را بر رشد و تکامل بیماران تالاسمیک و ارتباط آنها با سایر اعضا خانواده

تالاسمی شایع ترین کم خونی ارثی مزمن در بین انسان هاست. در ایران تالاسمی بویژه نوع بتا از شیوع بالایی بخصوص در مناطق شمالی، فارس، سیستان و چند منطقه دیگر برخوردار است. در حدود ۲۳ هزار نفر از مردم کشور ما به این بیماری مبتلا می باشند و سالانه حدود ۱۵۰۰ نفر به این تعداد اضافه می شود. در واقع سالانه به ازای هر ۱۵/۳ بیمار شناخته شده، یک

^۱ نویسنده مسئول: شهرکرد- رحمتیه - دانشگاه پزشکی- مرکز تحقیقات گیاهان دارویی- تلفن: ۳۳۴۶۶۹۲- ۰۳۸۱، E-mail: np285@yahoo.com

می گذارد (۲). به علاوه ابتلا به تالاسمی، باعث تاثیرات نامطلوبی بر سلامت روانی بیمار و خانواده خواهد شد، نیاز به تزریق خون و مراقبت های پزشکی و نگرانی از مرگ زود رس، باعث بروز واکنش هایی مثل خشم، ناامیدی، گوشه گیری و تنش فراوان در فرد بیمار و اعضا خانواده اش می گردد (۳). از آنجا که خانواده محیطی نیمه بسته است، اعضای آن با یکدیگر تعامل متقابل داشته و وجود یک عارضه پزشکی مزمن مانند تالاسمی نه تنها در زندگی کودک مبتلا، بلکه بر کیفیت زندگی والدین، خواهر و برادران او نیز تاثیر گذاشته و روابط اعضای خانواده مختل می گردد (۴).

مطالعات نشان می دهد که وجود بیمار یا کودک ناتوان در خانواده موجب بروز فشار عصبی و افسردگی در والدین می شود. این مشکل بویژه در مادران مطرح است چرا که نقش فعالی را در مراقبت از کودک بر عهده داشته و در مقایسه با پدر خانواده استرس بیشتری را متحمل می شوند. در مطالعه ای که شرقی و همکارانش در مادران کودکان تالاسمیک انجام دادند، تفاوت معنی داری بین نمرات افسردگی این مادران و گروه کنترل مشاهده شد که این یافته اشاره به مشکلات روحی و روانی این گروه از مادران می نماید (۵). این در حالی است که نقش مراقبتی از جمله وظایف طبیعی و لاینفک والدین می باشد که بعنوان چالشی در مراقبت از کودکان بیمار در خانواده مطرح می گردد (۶).

اغلب والدین کودکانی که مبتلا به بیماری مزمن می شوند دچار احساس گناه می شوند بخصوص اگر بیماری ارثی در کار باشد. این والدین با احساس خود با اشکال مختلف کنار می آیند. گاهی بیش از حد غفلت کننده و گاهی از شدت احساس گناه دچار مشکلات روحی و روانی می شوند. با توجه به موارد ذکر شده، تدوین سیاست های بهداشتی، اجتماعی به منظور برنامه ریزی صحیح در امر پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع افسردگی و مشکلات روانی اجتماعی و شناسایی عوامل خطر و ارایه خدمات و حمایت های

لازم از فرد و خانواده بیمار تالاسمیک مطرح می گردد، چرا که بدون توجه به همه ابعاد بیماری و بویژه جنبه های روانشناختی آن نمی توان آرامش و آسایش را برای خانواده و بیمار فراهم کرد (۷).

از جمله روش های موثر در کاهش مشکلات روحی و روانی والدین کودک بیمار استفاده از درمان های روانشناختی و بویژه گروه درمانی می باشد. مطالعات مختلف اثربخشی این روش درمانی را در این زمینه مورد بررسی قرار داده اند. Bernadett در مطالعه خود به موثر بودن برنامه ها و مداخلات آموزشی پیرامون بیماری و راه های کنترل آن بر کاهش اضطراب بیمار و والدین آنها و افزایش پذیرش درمان و کاهش مشکلات بیمار و خانواده هایشان پی برد (۸).

با توجه به هزینه کم و مقرون به صرفه بودن انجام جلسات گروه درمانی به خصوص در حل مشکلات روحی روانی گروه های مختلف اجتماع و از آنجا که اثربخشی این روش درمانی در جامعه پژوهش تا کنون بررسی نشده بود، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر گروه درمانی بر ابعاد مختلف سلامت روان مادران تالاسمیک انجام شد.

روش بررسی:

این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهی در دو مرحله انجام گردید. پس از اخذ مجوز های لازم از معاونت محترم پژوهشی و مراجعه به مرکز آموزشی درمانی هاجر^(س) شهرکرد و سیدالشهدا^(ع) فارسان ابتدا به افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بودند پرسشنامه اولیه داده شد. این پرسشنامه شامل دو بخش: مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه سلامت روان (GHQ ۲۸) بود. وضعیت تحصیلی، شغل، وضعیت درآمد، مسکن، تعداد فرزندان بیمار و سن مادر در بخش دموگرافیک مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه سلامت روان (GHQ ۲۸) وضعیت روان را در ۴ حیطه، اضطراب، افسردگی، عملکرد اجتماعی و وضعیت سلامت جسمی مشخص می نماید. حداقل نمره کسب

شده در این پرسشنامه صفر و بیشترین نمره ۸۴ می باشد. نقطه برش این پرسشنامه ۲۳ و کسب نمره بالاتر اختلال در سلامت روان را نشان می دهد. نمرات کمتر از ۲۳ نداشته شدن مشکل در سلامت روان فرد را مطرح می کند. این پرسشنامه Self report یک پرسشنامه استاندارد بوده و در تحقیقات مختلف در کشور استفاده شده است (۹).

شرایط ورود به پژوهش شامل: ابتلا فرزند خانواده به بیماری تالاسمی ماژور، مراجعه کننده به بخش تالاسمی بیمارستان هاجر^(س) شهرکرد و سیدالشهدا^(ع) فارسان و تمایل به شرکت در پژوهش و شرایط خروج شامل: مواجهه با رویدادهای استرس زای شدید غیر از ابتلای فرزند به تالاسمی در سال گذشته، سابقه ابتلا به بیماری های جسمی ناتوان کننده و معلولیت ها، ابتلا به بیماری روانی شدید و تحت درمان دارویی بود.

پس از مشخص شدن نمرات آزمون GHQ، افراد دارای نمره بالاتر از نقطه برش ۲۳ که دارای اختلال در سلامت روان محسوب می شدند مشخص و در صورت داشتن شرایط لازم و تمایل به شرکت در پژوهش بعنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند.

در مرحله دوم پژوهش نمونه ها به شکل تصادفی (یک در میان) به دو گروه شاهد و مورد (۳۰ نفر در هر گروه) تقسیم شدند.

جهت گروه مورد با هماهنگی بعمل آمده و تدارک امکانات ایاب و ذهاب مادران، جلسات گروه درمانی در بیمارستان هاجر برگزار گردید. هشت جلسه گروه درمانی به شکل هفتگی در گروه های ۱۰ نفره انجام شد. بعد از پایان جلسات پرسشنامه GHQ ۲۸ ارایه و وضعیت سلامت روان افراد تحت گروه درمانی مورد بررسی قرار گرفت. در گروه شاهد هیچگونه مداخله درمانی انجام نشد و سلامت روان این گروه نیز مطابق با گروه مورد با کمک پرسشنامه سلامت روان مورد بررسی قرار گرفت.

گروه درمانی مورد استفاده از نوع حمایتی بوده

و جلسات با هدف درمان حمایتی، جلوگیری از پیشرفت مشکل و ناراحتی، کمک به بیمار در مقابله با مشکلات، تحمل اضطراب و نگرانی ها و سازگاری بهتر تشکیل گردید. فعالیت از طرف خود بیمار برای از بین بردن مشکلات، اساس درمان را تشکیل داده و درمانگر نقش راهنما یا ارشاد کننده را بازی می کرد و سعی شد تا با تقویت سیستم های دفاعی، بیمار با محیط سازش بیشتری پیدا کند (۱۰). به طور کلی در این نوع گروه درمانی آنچه مهم است رابطه درمانی بین بیمار و درمانگر است و اجزا کار شامل: پیشرفت یک رابطه درمانی، شنیدن موضوعات مورد علاقه، دادن اطلاعات و توصیه ها، تشویق به بیان هیجانات، ترسیم روحیه، تکیه بر صفات و نقاط قوت بیمار که تاکنون مورد توجه قرار نگرفته و تشویق بیمار در کمک به خود می باشد (۱۱).

در جلسه اول درمانگر به معرفی خود و اعضای گروه و توضیح روش کار و اهداف طرح پرداخت و مقررات گروه و زمان برگزاری جلسات را با توافق اعضا مشخص نمود. در جلسات بعدی تمرکز بر مشکلات کنونی اعضا گروه توصیف بیماری تالاسمی و روش های بهبود ارتباط و کاهش اضطراب اعضا بود که با توجه به محتویات جلسات اکثر مادران از مشکلات اضطرابی، نگرانی از وضعیت جسمی و روانی کودک بیمار و ارتباطات اجتماعی خود و آنها و بعلاوه ارتباط با همسران رنج می بردند. لازم به ذکر است برای بهتر شدن کیفیت کار علاوه بر غربالگری اولیه با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاری به بررسی بیشتر مشکلات اعضا گروه پرداخته تا اساس مناسبی برای کار در جلسات گروهی در دسترس باشد. در جلسات گروه به اعضا تکالیفی برای انجام در منزل ارایه گردید و در جلسات پایانی افراد آماده خاتمه کار گروهی شدند (۱۲).

در این گروه ها بیشتر خود اعضا از تجارب خود بمنظور سازش با مشکلات تجربه شده صحبت نمودند و راهکارهای پیشنهادی اعضا در گروه به بحث و تبادل نظر گذاشته شد و جمع بندی در جلسات

صورت گرفت. بعلاوه با کمک همکاران طرح اطلاعات جدید پیرامون بیماری تالاسمی و درمان های تازه ارایه گردید و کمبود اطلاعات تا حد ممکن کاسته شد.

بمنظور افزایش سطح آگاهی و کمک به رفع مشکلات مادران و رعایت نکات اخلاقی در گروه شاهد، پس از اجرا و پایان مراحل تحقیق طی جلسه ای گروهی آموزش هایی پیرامون راه های مقابله با استرس، ارتباط موثر و مسایل مربوط به بیماری تالاسمی ارایه و به سوالات آنها در زمینه های مختلف پاسخ داده شد.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 11.5 و آزمون های آماری t زوجی، پیرسون، t مستقل و ANOVA تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها:

اکثر مادران شرکت کننده در پژوهش تحصیلات زیر دیپلم و بیش از یک کودک مبتلا به تالاسمی داشتند. بعلاوه مادران شرکت کننده در پژوهش اکثراً ساکن شهر، خانه دار و سطح درآمدی پایین داشته و از نظر ساختار خانواده زندگی را با همسر

و فرزندان طی می کردند. متوسط سن مادران $35 \pm 1/6$ سال بود. بر اساس آزمون آماری پیرسون جهت متغیرهای سن، تعداد کودک مبتلا به تالاسمی و ANOVA جهت متغیرهای ساختار خانواده، تحصیلات و محل سکونت، سلامت روان در دو گروه تفاوت معنی داری نشان نداد.

با توجه به نوع مطالعه تمام مادران شرکت کننده دارای اختلال در سلامت روان بوده و کمترین میانگین امتیاز در ابعاد مختلف پرسشنامه GHQ28 در هر دو گروه مربوط به بعد افسردگی بود.

پس از مداخله و با استفاده از آزمون t زوج ابعاد مختلف سلامت روان و سلامت روان کلی مادران گروه مورد بهبود یافت ($P < 0/05$)، در حالی که در گروه شاهد تفاوت معنی داری مشاهده نشد و کماکان سلامت روان مادران در این گروه مختل بود. یافته ها ی پژوهش بین دو گروه شاهد و مورد در تمام ابعاد سلامت روان پس از مداخله درمانی تفاوت معنی دار آماری را نشان داد ($P < 0/05$) (جدول شماره ۱). آزمون همبستگی و کای دو ارتباط معنی داری را بین متغیرهای دموگرافیک و ابعاد سلامت روان نشان نداد ($P > 0/05$).

جدول شماره ۱: وضعیت سلامت روان دو گروه مورد مطالعه قبل و پس از مداخله

ابعاد	مورد		شاهد	
	قبل	بعد	قبل	بعد
جسمی	$10/71 \pm 4/91$	$7/57 \pm 5/24$	$9/23 \pm 3/24$	$9/05 \pm 3/24$
اضطراب	$9/14 \pm 2/7$	$7/57 \pm 3/54$	$10/7 \pm 3/4$	$10/57 \pm 3/02$
اجتماعی	$8/43 \pm 3$	$5/57 \pm 2/18$	$8/7 \pm 2/94$	$8/76 \pm 2/9$
افسردگی	$5/57 \pm 3/1$	$1/71 \pm 1/8$	$3/5 \pm 7/7$	$1/71 \pm 1/8$
سلامت کل	$33/85 \pm 8/26$	$22/29 \pm 5/011$	$36/57 \pm 6/86$	$36/1 \pm 6/43$

گروه مورد: انجام ۸ جلسه گروه درمانی

گروه شاهد: بدون انجام مداخله.

- $P > 0/05$ بین دو گروه قبل از مداخله

- $P < 0/05$ بین دو گروه پس از مداخله و گروه مورد قبل و پس از مداخله در همه ابعاد.

بحث:

همانگونه که نتایج مطالعه نشان داد مادران کودکان تالاسمیک در این پژوهش در تمام ابعاد سلامت روان دچار مشکل بودند. پس از مداخله در ابعاد مختلف سلامت روان مادران گروه مورد، بویژه در ابعاد افسردگی، مشکلات اجتماعی و سلامت روان کلی پس از پایان گروه درمانی تغییر معنی داری مشاهده شد، در حالی که در گروه شاهد این تفاوت معنی دار نبود. یافته های پژوهش بین دو گروه شاهد و مورد در تمام ابعاد سلامت روان پس از مداخله درمانی تفاوت معنی دار آماری را نشان داد.

از جمله مهمترین مشکلات مادران کودکان تالاسمیک، مشکلات اضطرابی بود. آنها از وضعیت جسمی و روانی و نحوه ارتباطات اجتماعی کودک بیمار خود نگران بوده و خود نیز در برقراری ارتباط با همسر و اجتماع دچار مشکل بودند. بعلاوه آنها نگران ارتباط کودک خود با دوستان در مدرسه و فامیل بودند. کم توجهی احتمالی به سایر اعضا خانواده، بدنبال مراقبت از کودک بیمار از جمله دغدغه های فکری مادران بود. از جمله نگرانی های مادران آینده کودک، مشکلات مربوط به تزریق خون، آلودگی ها و عوارض مربوط به آن و درد ناشی از تزریق دسفرال بود. آگاهی آنها از بیماری تالاسمی در سطح پایینی بود و مادران نگران ابتلا فرزندان بعدی خانواده به بیماری تالاسمی بودند.

در مطالعه ای که توسط Rao بر روی والدین بیماران تالاسمی انجام شد، بیشترین مشکل روانشناختی آنها در درجه اول افسردگی و سپس مشکلات جسمی بود. این یافته مشابه با نتایج پژوهش حاضر می باشد. در مطالعه ما نیز مشکلات جسمی از جمله مهمترین مشکلات مادران بوده که این مورد تا حدودی می تواند در ارتباط با مشکلات دیگر مانند بار کاری، بیداری در شب، اضطراب و افسردگی آنها باشد (۱۳).

در مطالعه ی برمکی در زاهدان اکثر والدین بیماران تالاسمیک دچار اختلالات روانی بوده و از

مشکلات مربوط به روابط اجتماعی رنج می بردند (۱۴). تفاوت های مشاهده شده در ابعاد مختلف سلامت روان والدین و مشکلات مربوط به آنها را می توان با توجه به عوامل مختلف روانشناختی از جمله مهارت های سازشی بکار رفته توسط آنها، سیستم حمایتی موجود در هر خانواده، عزت نفس، سرسختی و تجارب قبلی و سایر عوامل از این قبیل و حتی عوامل فرهنگی موجود در هر منطقه جغرافیایی توجیه نمود که در بررسی حاضر نتایج موجود ممکن است با نتایج پاره ای مطالعات متفاوت گردد.

در مطالعه ای که توسط Abasiubong و همکارانش بر روی والدین بیماران دارای مشکل یادگیری انجام شد، والدین استرس زیادی را متحمل شده و از انجام مراقبت طولانی رنج می برند (۱۵). این یافته نیز با یافته های پژوهش حاضر مطابقت دارد.

به علاوه Meltzer و همکارانش به این نتیجه رسیدند که مراقبت از کودک دارای بیماری مزمن می تواند باعث بروز مشکلات خواب و اختلال در عملکرد روزانه مادران شود که یافته ای قابل انتظار است (۱۶).

از جمله مشکلات مادران، مشکلات مربوط به نقش آنها در ارتباط با همسر و سایر فرزندان بود.

Young در بررسی خود در مادران کودکان مبتلا به سرطان، به این نتیجه رسید که این مادران دچار مشکلاتی در زمینه ایفای نقش و بویژه در قبال سایر کودکان خود هستند. نگرانی از وضعیت کودک بیمار و مراقبت های خاص موجب بروز مشکلات تعارضی در زندگی آنها شده که این امر خود موجب تاثیر منفی بر کیفیت زندگی این افراد می گردد (۱۷). این یافته با نتایج پژوهش حاضر کاملاً همسو می باشد. Pit نیز در مطالعه ای که در خانواده کودکان معلول جسمی انجام داد به این نتیجه رسید که این افراد در برقراری ارتباط با عضو بیمار خانواده دچار مشکل هستند. آنها اغلب نگران سلامتی و آینده عضو بیمار خانواده بوده و قادر به برقراری ارتباط مناسب عاطفی با والدین خود

نمی باشند (۱۸). این مورد نیز از جمله مشکلات موجود در پژوهش حاضر بود که بنوعی از طرف مادران ابراز گردید.

از جمله مشکلات مطرح شده توسط مادران تعارضات زناشویی بود که این مورد را می توان ناشی از نحوه ارتباط مادر با فرزند دانست. این ارتباط موجب تشکیل مثلث عاطفی شده و بنوعی باعث ایجاد تعارضات زناشویی می گردد.

کمبود آگاهی یکی دیگر از مشکلات مادران بود. در این رابطه Fisher معتقد است که تشخیص یک بیماری مزمن بمنزله بحرانی عاطفی برای والدین مطرح است (۱۹). در اکثر مطالعات مشخص شده که نیاز به آگاهی و اطلاعات مربوط به بیماری از جمله مهمترین نیازهای والدین می باشد. بعلاوه مادران نیاز به همکاری همسر خود در ارایه مراقبت دارند.

در بعد اثربخشی این نوع درمان در بیماران تالاسمیک و مادران آنها مطالعات اندکی صورت گرفته است. Chronis و همکارانش اثر بخشی درمان های شناختی رفتاری را در مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی بررسی نموده و ادعا کردند که این روش درمانی موجب بهبود علایم افسردگی و عزت نفس مادران شده و شناخت آنها را در ارتباط با بیماری بیشتر کرده و از میزان اختلالات خانوادگی کاسته است (۲۰).

Stewart و همکارانش نیز در بررسی اثربخشی اقدامات حمایتی و آموزش بر روی سازگاری همسران بیماران دچار سکت قلبی به این نتیجه رسیدند که حمایت های عاطفی ارایه شده از طرف گروه موجب سازگاری

بهرتر و افزایش قدرت حل مشکل در آنها شده است (۲۱). با توجه به حضور والدین در هنگام انجام مراقبت و خونگیری کودکان و با توجه به اهمیت بسیار زیاد حفظ و تداوم سلامت روان آنها در ثبات و سلامت روان خانواده، لزوم توجه بیشتر به نیاز های روانشناختی و آموزشی والدین بیماران مزمن مطرح می گردد. از طرفی با بکارگیری درمان های جدید و فراهم کردن فرم های خوراکی برخی داروها، کنترل صحیح سلامت خون دریافتی و برقراری و بسط هر چه بیشتر سیستم های حمایتی و بیمه ای می توان در کاهش آمال این افراد کمک دو چندان نمود.

نتیجه گیری:

پژوهش حاضر نشان داد که والدین بیماران تالاسمیک و بویژه مادران آنها از مشکلات عدیده روحی و روانی تبع بیماری فرزند یا فرزندان خود رنج می برند و مداخلات روانشناختی به شکل گروهی در کاهش مشکلات روحی و روانی آنها موثر می باشد. با بکارگیری راهکارهای مشاوره ای در سطوح مختلف امکان کمک به این گروه از مددجویان فراهم می باشد.

تشکر و قدردانی:

این طرح در قالب طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و با همکاری بی شائبه پرسنل بخش تالاسمی بیمارستان هاجر شهرکرد بویژه سرکار خانم ها محمدی و گذرپور انجام شده و مراتب سپاس از همکاری این عزیزان اعلام می گردد.

منابع:

1. Eshghi P, Rahimi M, Razaghi AV. [Evaluation of effect of family practice consultation on knowledge, attitude and practice of major Beta-Thalassemic's parents in the prevention program in Southeast of Iran. J Ahwaz of Univ Med Sci. 2006; 49(5): 514-7.] Persian
2. International Thalassemic Federation: thalassemia treatment guide. Translated to Persian by: Mosavi F. Tehran: Specific Disease Institute Pub. 1380; p: 84-9.

3. Malekshahi F, Toulabi T, Ravan-Shad F. [Survey mental and behavioral problem in thalassemic patient in Khoram Aabad Shahid Madani Hospital. J Mental Health Principle. 2001; 11: 112-15.] Persian
4. Nemat Pour S, Shahbazian HB. [The relationship between stressors of diabetes and general health among parents with type I diabetic's children. J of Ahwaz Univ Med Sci. 2006; 49(5): 530-7.] Persian
5. Sharghi A, Karbaksh M, Nabaei B, Farokhi A. [Depression in mothers of children with thalassemia or blood malignancies: a study from Iran. Clinic Prac Epidemol Mental Health. 2006; 2: 27.] Persian
6. Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J, Walter SD, Russel D, et al. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. Pediatrics. 2005 Jun; 115(6): 623-36.
7. Brayant R. Family ncentered care of the child with chronic illness or disability. In: Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infant and children. 8th ed. Canada: Mosby Elsevier; 2007. p: 950.
8. Melnyk BM, Feinstein NF, Moldenhouer Z, Small L. Coping in parents of children who are chronically ill: strategies for assessment and intervention. Pediatr Nurs. 2001 Nov-Dec; 27(6): 548-58.
9. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasami MT. [Study of mental health status of individuals above 15 years of age in Islamic Republic of Iran in the year 1999. Hakim Res J. 2002; 1(5): 10-1.] Persian
10. Parvin N, Kazemian A, Alavi A, Safdari F, Hasanpoor A, Hosseinzade H, et al. [The effect of supportive group therapy on menopause mental health. J of Gorgan Univ Med Sci. 2007 Autumn; 9(3): 74-9.] Persian
11. Gilder M. Oxford essential psychiatry. Translated to Persian by: Porafkari N. Tehran: Golban Pub; 2001. p: 248.
12. Milanifar B. [Mental health. Tehran: Ghoms Pub. 1991. p: 176-7.] Persian
13. Rao P, Pradhan PV, Shah H. Psychopathology and coping in parents of chronically ill children. Indian J Pediatr. 2004 Aug; 71(8): 695-9.
14. Barmaki B. [Survey mental and social disorder and related factor in parent of thalassemic patient in Amir Al. Momenin hospital of Zabol 2005. Abst Int Congress Care Specific Dis. Ahwaz Univ Med Sci. 2006; p: 19.] Persian
15. Abasiubong F, Obembe A, Ekpo M. A controlled study of anxiety and depression in mothers of children with learning disability in Lagos. Niger J Med. 2006 Apr-Jun; 15(2): 124-7.
16. Meltzer LJ, Miudell JA. Impact of a child chronic illness on maternal sleep and day functioning. Arch Int Med. 2006 Sep; 166(16): 1749-55.
17. Young B, Dixon Woods M, Findly M, Heney D. Parenting in a crisis: conceptualizing mothers of children with cancer. Soc Sci Med. 2002 Nov; 55(10): 1835-47.
18. Pit-Ten Cate IM, Loots GM. Experience of siblings of children with physical disabilities: an empirical investigation. Disabil Rehabil. 2000 Jun; 22(9): 399-408.
19. Fisher HR. The need of parents with chronically sick children: a literature review. J Adv Nurs. 2001 Nov; 36(4): 600-7.
20. Chronis AM, Gamble SA, Roberts JE, Pelham WE Jr. Cognitive behavioral depression treatment for mothers of children with ADHD. Behav Thre. 2006 Jun; 37(2): 143-58.
21. Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, Weld-Viscount P. Group support for couples coping with a cardiac condition. J Adv Nurs. 2001 Jun; 33(2): 190-9.

